Data_____

Compilazione a cura dell'Ufficio nel caso di impossibilità di compilazione in autonomia

In qualità di addetto/a URP (nome e cognome) _____

in data odierna ricevo la seguente segnalazione rivolta all'Autorità Garante delle Persone con Disabilità:

Dati dell'esponente

Signor/a _____,

nato/a a _____ il _____/_____/_____

e residente a _____, in Via/Piazza _____

_____ n. _____ int._____ scala_____

Cap _____ Prov. (____), C.F. _____

identificato con (tipo di documento) _____

n° _____rilasciato da _____ il _____

Richiesta/Segnalazione/Comunicazione:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Allegati:

☐ copia di un documento di identità in corso di validità;

_____

_____

_____

_____

_____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel verbale ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e seguenti agg. e modifiche.

Firma Addetto URP: _____ Firma Esponente: _____

☐ per conto dell'esponente, in caso di impossibilità di compilazione in autonomia

Il presente modulo, unitamente alla copia di un documento di identità in corso di validità, dovrà essere spedito per posta ordinaria al seguente indirizzo:

Comune di Ferrara - Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, piazza del Municipio 23, 44121, Ferrara

oppure

inviato via e-mail agli indirizzi garante.disabilita@comune.fe.it garante.disabilita@cert.comune.fe.it